LA REFORMA SANITARIA EN LOS HOSPITALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN ANDALUCIA

TOMAS AGUIRRE COPANO

I.—ANALISIS DE LA SITUACION DE PARTIDA

Cuando hace dos años esta Comunidad Autónoma adquirió todas las competencias para la planificación y gestión sanitaria, nos situábamos ante la mayor empresa pública transferida a Andalucía y donde las características, aún cuando similares a las del resto del Estado, eran especialmente deficientes en cuanto a dotación de recursos.

La existencia de diversas redes hospitalarias de titularidad pública (Seguridad Social, Universidad, Diputaciones, Ayuntamientos, AISN, etc.) dificultaban la necesaria coordinación funcional interhospitalaria. En cualquier caso, la red de hospitales de la Seguridad Social con 17 centros y 9.352 camas daban cobertura a la mayor parte de la población andaluza.

La falta de planificación en la ubicación de centros había conducido a una concentración de camas hospitalarias en las capitales de provincia, lo cual era especialmente llamativo en Granada, Sevilla y Huelva.

Asimismo, se daba una diferente dotación de recursos hospitalarios entre las distintas provincias, siendo las peor dotadas Almería y Huelva, lo que también hablaba de la desigualdad en la asignación de medios para atender a las necesidades asistenciales de la población.

Aún con todo, los hospitales eran y son lo mejor del sistema sanitario y así lo entendía la población que acudía a ellos, muchas veces de forma directa, sin utilizar el primer nivel de atención (ambulatorios).

Sólo el 20% de las urgencias que llegan a los hospitales andaluces acaban ingresando, aunque este dato supone tal presión que representa el 70% de los ingresos totales de los hospitales, dificultando, por tanto, las posibilidades de programación de sus actividades. En el mismo orden de cosas, las consultas externas de dichos centros atienden un volumen de pacientes excesivo, todo lo cual hablaba de la necesidad de una reforma en profundidad de la atención primaria, entendida con primer nivel que actuase de forma efectiva ante los problemas de salud de la población.

Esta situación ha condicionado, en el transcurso, de los años, un desarrollo excesivo de determinadas áreas del hospital y de sus plantillas que comprometen un alto porcentaje del gasto corriente. Costes que también se ven incrementados de forma progresiva por la necesaria renovación tecnológica de medios diagnósticos, haciéndolo difícilmente soportable desde un punto de vista presupuestario.

A ello viene a unirse el que, aún cuando el nivel técnico y profesional de los médicos hospitalarios es, en general, el adecuado y comparable al existente en Europa sus conocimientos en materia de administración de recursos son muy limitados.

Es decir, el médico no sólo controla la oferta sanitaria, sino que se convierte también en consumidor, actuando como demandante de servicios por delegación del enfermo y actuando, pues, doblemente sobre el mercado sanitario. Además, el médico no recibe estímulos positivos ni negativos que dirijan su práctica hacia el empleo eficaz de los escasos recursos de la sociedad.

Esta realidad y el hecho de que tampoco los usuarios tienen información suficiente sobre los efectos indeseables del excesivo consumo de productos farmacéuticos, radiográficos, etc., el envejecimiento progresivo de la población o la situación de «inseguridad» creciente ante la enfermedad, hacen que exista una demanda, que se incrementa gradualmente, hacia los servicios sanitarios y que se siente, en especial, en los hospitales.

Sin embargo, resulta desalentador que este aumento en las inversiones asistenciales, no hayan supuesto, forzosamente que mejore la salud de la comunidad, lo cual representa el principal

argumento para dirigir las medidas sanitarias hacia la prevención y fomento de la salud y las inversiones hacia la puesta en marcha del nuevo modelo de atención primaria.

Por último, los sistemas de información sanitaria y de control de la gestión eran escasos y carentes de fiabilidad, lo que contrastaba con el enorme volumen de recursos que el sistema manejaba.

2.—LA REFORMA HOSPITALARIA EN EL CONJUNTO DE ANDALUCIA.

Ante esta situación general, era necesario darle a los hospitales un doble contenido. En primer lugar, potenciar su humanización, no ya ante las condiciones que la propia enfermedad genera, tanto en el paciente como en su entorno familiar y social, sino también por la tecnificación de los cuidados y la masificación despersonalizada, que añade suficientes componentes para que el enfermo se sienta frecuentemente indefenso, frente a esa situación que no domina.

En este sentido, y como iniciación del programa de humanización de la asistencia, se han puesto en marcha 27 servicios de información y atención al usuario en todos los hospitales de la Seguridad Social, con lo que se pretende que el usuario esté orientado en todo momento, reciba mejor información y tenga en su caso un cauce ágil establecido donde hacer sus reclamaciones y recibir respuesta a las mismas.

En segundo lugar se precisaba introducir un nuevo modelo de gestión que considerara al conjunto del hospital como a una auténtica empresa, si no de rentabilidad económica, si desde luego social, enmarcando sus objetivos y actividades no de forma autónoma sino integrados de forma operativa en un sistema de niveles de atención dirigidos hacia la elevación del nivel de salud de la población y no solamente hacia la recuperación del individuo enfermo.

De manera global, se ha procedido a la planificación territorial de una red hospitalaria para pacientes agudos distribuída en cinco regiones: Granada-Almería, Córdoba-Jaen, Sevilla-Huelva, Málaga y Cádiz.

Dentro de cada región, hay una asignación geográfica y poblacional concreta a cada centro (Es el Area Hospitalaria), por otro lado ineludible para poder garantizar la accesibilidad física y permitir la evaluación de los resultados y la correcta distribución de recursos en función de las necesidades.

Se ha seguido el principio de acercar los servicios al ciudadano, tanto en la puesta en marcha de diferentes programas, como en la nueva construcción de hospitales (Almería, Rio-Tinto, Infanta Elena de Huelva, Vélez-Málaga, Pozoblanco y Baza), intentando coordinar los hospitales de otras administraciones públicas con el objetivo de conseguir una única red hospitalaria integrada (potenciando el hospital municipal de Osuna, pasando a la Seguridad Social el hospital municipal de Huercal-Onera en Almería, asumiendo los transferidos hospitales del tórax de AISN o la gestión-administración de los hospitales clínicos).

Se ha modernizado la gestión hospitalaria que se realiza por programas, con seguimiento de indicadores cada vez más precisos que permiten el control de esta gestión. Para ello se creó un sistema de información interhospitales que cruzado con los datos de contabilidad presupuestaria, permite un conocimiento de costes por estancia e ingreso de forma comparada entre todos los hospitales andaluces.

Por otra parte, el nuevo modelo de organización asistencial especializada iniciado, está permitiendo la integración de los especialistas de ambulatorios en el nivel hospitalario, lo que asegura una dedicación homogénea de todos los especialistas con un aumento importante del horario de consultas externas hospitalarias y un incremento de la coordinación y calidad de los servicios.

En cuanto a inversiones, hay que decir que nunca como en estos dos últimos años transcurridos desde las transferencias de la red de hospitales de la Seguridad Social al Gobierno Autónomo, se ha invertido tanto en asistencia especializada en Andalucía, aún cuando haya que reconocer que solidariamente este hecho, que ha supuesto la puesta en marcha de los diversos hospitales comarcales, ha sido soportado por los grandes hospitales. Los planes de inversiones de 1984 y 1985 se han ejecutado en su totalidad, lo cual no era habitual, pues se había ido haciendo normal el utilizar

el dinero de inversiones para compensar desviaciones presupuestarias en gastos corrientes.

En 1986 se invertirán en hospitales 4.802 millones de pesetas, con lo que en los últimos tres años se habrán sobrepasado los 14.000 millones. Sin embargo, queda mucho por hacer en hospitales, precisándose un esfuerzo inversor considerable en los próximos años.

3.—LA SITUACION CONCRETA EN LA PROVINCIA DE CADIZ, CON ESPECIAL REFERENCIA A JEREZ DE LA FRONTERA.

Los 42 municipios de la provincia comprenden una población de 1.057.127 habitantes, de los que 967.356 son beneficiarios de la seguridad social, y entre los que 53.679 correspondientes a las zonas de Olvera y Ubrique, pertenecerán desde el punto de vista de cobertura hospitalaria, a la provincia de Málaga (Ronda).

Los hospitales de la seguridad social existentes en la actualidad tienen ya un ámbito de actuación geográfica concreta (el área hospitalaria básica): Jerez de la Frontera, Algeciras, Puerto Real (de próxima apertura y que dará respuesta satisfactoria a las necesidades docentes de la Universidda de Cádiz, armonizandolas con las necesidades asistenciales de su área), Cádiz (cumplirá la doble función de Hospital General Básico para su área y será el hospital de referencia regional para el soporte especializado), y La Línea.

A diferencia del resto de las provincias andaluzas, en Cádiz las camas no están ubicadas exclusivamente en la capital, por lo que la distribución se ajusta más a la realidad provincial.

El cálculo de las camas necesarias está sometido a continua revisión por la Organización Mundial de la Salud, con una tendencia clara a disminuir su índice, en función de que progresivamente se va mejorando la utilización de los recursos asistenciales en los hospitales. En la actualidad, las recomendaciones son de 2'5 camas/1.000 habitantes para agudos y 0'5 camas/1.000 habitantes para enfermos crónicos.

En Cádiz, existe un índice de 2'01 camas de la seguridad social/1000 habitantes y un total de camas (de la seguridad social más concertadas) para pacientes agudos y crónicos de 3'19/1.000 habitantes.

CAMAS PROPIAS Y CONCERTADAS EN LA PROVINCIA DE CADIZ (1986).

Hosp. Seg. Social	N.º camas	Hosp. Concertados	N.º camas
Cádiz	977	Mora (Cádiz) ...	446
Jerez	479	San Rafael (Cádiz)	463
Algeciras	274	Sta. Rosalia (Jerez)	142
La Línea	197	C. Roja (Algeciras)	71
Total camas	1.927	Total camas	1.122

Fuente: Dirección Provincial de la RASSSA en Cádiz.
Elaboración: Propia.

La evolución de los indicadores funcionales de los hospitales de la seguridad social de la provincia, a lo largo de los últimos 3 años, ha sido en el caso de la estancia media de los pacientes de estos centros de 9'37 días en 1983, de 8'22 en 1984 y de 7'59 en 1985, lo que es de hecho una ampliación funcional de camas.

Se ha pasado de un índice de ocupación del 87'60% en 1.983 al 79'58% en 1984 y a un 74'12% en 1.985.

Dada la distribución geográfica y los índices comentados anteriormente, no se ha hecho el esfuerzo de apertura de centros comarcales como en otras provincias, aunque sí se haya procedido a la ampliación del hospital de Jerez y se continúen las obras del hospital de Puerto Real, de inaguración a corto-medio plazo.

La situación del hospital de Jerez en cuanto a masificación y disfuncionalidades importantes, precisaba de una ampliación adecuada a su área de atención de 350.000 habitantes, de los que 196.000 están censados en Jerez ciudad, una zona en contínua expansión y según las previsiones con un desarrollo aún más acelerado.

Ello supone que, de forma progresiva, se van a ir ampliando el número de camas, que de 354 pasarán a 479 y finalmente a 637 a corto plazo.

Significa, también, adecuar una serie de servicios y unidades (cuidados intensivos, hemodiálisis, quirófanos, áreas de urgencias, etc.) a las necesidades de la población del marco de Jerez, donde por otra parte queda definitivamente ubicado el centro regional de hemoterapia, desde el que ema-

nará el diseño de los objetivos que, a nivel principal, permitan alcanzar la autosuficiencia de sangre y hemoderivados, su correcta utilización, así como un incremento de la conciencia social en el campo de la hemodonación.

Es lógico pensar que en este momento, una vez consolidado el camino de la Reforma de la Atención Primaria, y colocados nuestros hospitales en un punto de partida adecuado, hemos llegado a una situación en la que ya es posible definir concretamente el modelo hospitalario que corresponde a nuestra Comunidad Autónoma. Trazando sus objetivos, sus órganos de gobierno, los mecanismos de participación comunitaria en su gestión y las relaciones que debe mantener con el primer nivel de atención.

